

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9,
 D-65719 Hofheim

Ende der Bonusheftdiskussion ist erreicht

— Nach einem Urteil des hessischen Landessozialgericht (LSG) dürfen gesetzliche Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten auch ohne ärztlichen Nachweis einen Bonus gewähren (AZ L 8 KR 294/09 B ER).

Dies ist nach Auffassung der Richter nicht wettbewerbswidrig, sondern es sei vielmehr Sache der Kasse, ob sie ihren Versicherten beim Normalgewicht oder Nichtrauchen glaube. Im konkreten Fall hatte die AOK Hessen eine entsprechende Regelung einer Betriebskrankenkasse (BKK) beanstandet. Eine Revision wurde nicht zugelassen.

MMW Kommentar

Eine langjährige Diskussion um die Frage, ob ein Arzt eine Gebühr für einen Eintrag in ein sog. Bonusheft oder für eine entsprechende Bescheinigung fordern darf, dürfte damit auch beendet sein. Künftige Anforderungen dieser Art können mit dem Hinweis auf das Urteil verweigert werden.

Neue ambulante Codierrichtlinien: Schon bald geht es los!

— Die Verschlüsselung von Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfolgt im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung schon seit dem Jahr 2000. Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschloss der Gesetzgeber bezüglich der Vergütungsstrukturen eine stärkere Orientierung an der Morbidität der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Bürger.

Zur Umsetzung wurde ein diagnosengestütztes System zur Morbiditätsmessung eingeführt, mit dessen Hilfe ab dem 1.1.2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung an die Morbidität erfolgen sollte. Zeitgleich wurde der Risikostrukturausgleich zwi-

schen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt, bei der den codierten Diagnosen ebenfalls eine Schlüsselrolle zukommt.

Um diese Ziele zu gewährleisten, wurde im § 295 SGB V die Einführung eines verbindlichen Regelwerkes (Codierrichtlinien) vorgeschrieben. Die nunmehr vorliegenden ambulanten Codierrichtlinien (AKR) regeln deshalb ausschließlich die Codierung der Diagnosen zur Abrechnung. Die Diagnosedokumentation zu medizinischen Zwecken bleibt davon unberührt. Bei der Erarbeitung der AKR wurden sowohl die Regeln der ICD-10-GM als auch die stationären Deutschen Codierrichtlinien (DKR) einbezogen.

Im allgemeinen Teil der AKR finden sich diese Richtlinien, welche die Codierung

| Tabelle 1 | | |
|--------------------------|--|--|
| Schreibweise | Text | Bedeutung |
| E10 bis E14 oder E10-E14 | Diabetes mellitus | Diese Gruppe mit allen Subkategorien |
| E11.- | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) | Diese Kategorie mit allen darunter klassifizierten Codes |
| E11.5- | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) mit peripheren vaskulären Komplikationen | Diese Kategorie mit allen darunter klassifizierten Codes |
| J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | Genau dieser dreistellige Code (endständiger Code) |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | Genau dieser vierstellige Code (endständiger Code) |
| I50.13 | Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung | Genau dieser fünfstellige Code (endständiger Code) |

Die bekannte ICD-Codierung ändert sich nicht grundsätzlich, aber was und wie codiert werden muss, ist künftig genau vorgeschrieben, teilweise sogar unter Nennung von Plausibilitätskriterien.